

Verplegingswetenschap in Nederlands perspectief

Citation for published version (APA):

van den Bergh-Braam, A. H. M. (1986). *Verplegingswetenschap in Nederlands perspectief*. Spruyt, Van Mantgem & De Does. <https://doi.org/10.26481/spe.19863110ab>

Document status and date:

Published: 31/10/1986

DOI:

[10.26481/spe.19863110ab](https://doi.org/10.26481/spe.19863110ab)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Verplegingswetenschap in Nederlands perspectief

Verplegingswetenschap in Nederlands perspectief

Rede
uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van buitengewoon hoogleraar in de
VERPLEGINGSWETENSCHAP

aan de Rijksuniversiteit Limburg
op vrijdag 31 oktober 1986

door

dr. A.H.M. van den Bergh-Braam

Mijnheer de rector,
Geachte collega's,
Beste vrienden en familieleden,
Zeer gewaardeerde toehoorders,

Op dit historische moment, nu een verpleegkundige de eerste leerstoel Verplegingswetenschap in Nederland mag bezetten, voel ik een grote verantwoordelijkheid en verplichting jegens de gezondheidszorg in het algemeen en de patiënten en verpleegkundigen in het bijzonder.

Deze bijeenkomst moedigt mij aan een onderwerp te behandelen waarin velen van U hun persoonlijke bijdragen of leefwereld zullen herkennen. Ik wil de Nederlandse verpleging als essentieel onderdeel van de gezondheidszorg analyseren.

Twee stellingen zullen de richting van mijn betoog bepalen.
De eerste luidt:

'Kennis omtrent de verpleging is terecht tot academisch niveau geëvolueerd. Om het verpleegkundig beroep tot ontplooiing te brengen, schiet wetenschap alléén echter te kort. Daarvoor zijn ook andere factoren onmisbaar, onder andere goede structuren in de gezondheidszorg.'

In het kort bespreek ik enkele stadia die vooraf gingen aan de universitaire opleiding Verplegingswetenschap. Vervolgens zal ik nagaan of de gezondheidszorgstructuren passen bij de verworven kennis om tenslotte te gaan zoeken naar wegen die een beter functioneren van verpleegkundigen bevorderen.

Jaren van opleiding

In de 19e eeuw komen opleidingen voor verpleegsters tot stand.

Florence Nightingale mag de initiator heten.

In 1878 ontstond in Amsterdam de 'Vereniging Ziekenverpleging' als onderafdeling van 'Het Witte Kruis'. Het stimuleren van verpleegkundige opleidingen was haar voornaamste doel. Deze opleidingen vonden plaats *buiten* het ziekenhuis. Studenten konden praktijkervaring opdoen in de intra- en extramurale gezondheidszorg.

Toen de ziekenhuizen de verpleegstersopleidingen overnamen en medici de leiding gingen geven, werd het zorgsysteem in het medisch systeem geschoven. Dit tot nadeel van patiënten, verpleegkundigen en medici.

In 1972 ontstond een full-time dagopleiding voor verpleegkundigen. Het streven naar professionalisering kreeg hierdoor een stimulans. Deze gunstige ontwikkeling werd recent ernstig geschaad door het WVC-leerlingenplan, waardoor leerlingen opnieuw een dubbelfunctie krijgen, namelijk als student en als werkracht.

Een opvallend gegeven in de historie van de verpleging en de opleidingen is, dat buitenstaanders dikwijls macht uitoefenen, ten nadele van de ontplooiing van het beroep. Dat dit geenszins een achterhaald thema is, blijkt uit de recente geschiedenis van de inservice-opleiding.

Jaren van management

Door het verbeteren van opleidingen en de toenemende complexiteit van gezondheidszorgstructuren, ontstond een dringende vraag naar goed opgeleide managers en docenten. De Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen (1952) te Nijmegen was de eerste instelling in Nederland die verpleegkundigen ging opleiden tot managers en docenten. In 1960 volgde de Hogere School voor Gezondheidszorg te Leusden.

Hoe te onderwijzen, hoe te organiseren en te leiden en welke strategieën daarvoor te gebruiken, waren de voornaamste vragen van die tijd. Uit deze vragen ontstond de behoefte aan research.

Jaren van research

Op de vraag naar verpleegkundig onderzoek kon de Nederlandse beroepsgroep van verpleegkundigen zelf aanvankelijk geen antwoord geven. Sociologen, psy-

chologen, andragogen en economen toonden bereidheid. Zo verkreeg men waardevolle inzichten in motivaties van verpleegkundigen, hun arbeidssatisfactie, redenen van verloop, hun taakopvattingen en verschillende aspecten van kwalitatieve patiëntenzorg. Toen het aantal van deze wetenschappers steeg en het aantal researchprojecten niet evenredig toenam, kregen verpleegkundig irrelevante doelstellingen de overhand. Verpleegkundigen constateerden dat hun onderzoeksprojecten onder 'Panamese vlag' (vreemde vlag) gingen varen. Daardoor voelden zij de noodzaak om zelf onderzoek te gaan verrichten. Verspreid over het land gingen verpleegkundigen aan universiteiten studeren om aldus onderzoeksbe kwaamheden te verwerven. Een inventariserend onderzoek in Nederland registreerde in 1982 ¹ ten minste 135 verpleegkundig relevante lopende of recent afgesloten researchprojecten.

Jaren van theorievorming

In reactie op het onbehagen over geïsoleerde onderzoeksbevindingen, kwam de behoefte aan verpleegkundige theorievorming naar voren. Op welke fundamentele processen richt zich de verpleging? Wat zijn haar analyse-eenheden? Wat is haar opdracht en wat zijn haar doelstellingen?

Een levendige discussie ontstond over de aard en het wezen van de verpleging. Men kwam tot het algemene inzicht dat het doel van de verpleging is: het zorg-verlenen aan het individu aan wie de noodzakelijke lichaamskracht, wilskracht of kennis ontbreekt om de eigen gezondheidsbelangen te behartigen. De verpleegkundige zorg concentreert zich op het individu als persoon binnen de primaire netwerken en brede sociale verbanden.

Verpleging bestaat uit persoonlijke dienstverlening, gezondheidsopvoeding, sociale ondersteuning en het gelijktijdig bevorderen of handhaven van de persoonlijke onafhankelijkheid van ieder individu.

Jaren van terreinverkenning

Gelijktijdig met de theorievorming ontstond een beter inzicht in het specifieke domein van de verpleging. Men erkende dat de verpleging zich richt op het vaststellen van de gezondheidspotentie van mensen.

Verpleegkunde verhoudt zich tot de geneeskunde als Hygiea tot Asclepios.

1 Rapport (derde versie) van het Instituut voor Verplegingswetenschap, Utrecht, 25 oktober 1982.

Fundamentele verpleegkundige vragen richten zich op copingmechanismen van mensen in veranderende omstandigheden en hoe de omgeving dit copinggedrag beïnvloedt.

Coping en aanpassing zijn multidisciplinaire begrippen, maar iedere discipline bekijkt deze concepten vanuit de eigen invalshoek.

Hoe de volwassene bijvoorbeeld het veranderingsproces naar de ouderdom hanteert, kan door de socioloog worden bekeken vanuit de maatschappelijke verwachtingen naar rollen en posities. De psycholoog kan de intra-psychische processen bestuderen en de natuurwetenschapper kan de wetenschappelijke belangstelling richten op het endocriene systeem en de celveranderingen.

De verplegingswetenschapper bestudeert de gevolgen van deze veranderingen op de gezondheid en het welzijn van de persoon die zich in deze zich wijzigende situatie bevindt en hoe zijn omgeving deze processen beïnvloedt. Hij gaat deze kennis benutten voor praktisch gerichte adviezen en interventies.

De focus van de verpleegkunde is niet onveranderlijk. Verpleging heeft een tijds- en urgentiedimensie. Dit is één van de redenen waarom er zoveel en uiteenlopende definities van verpleging bestaan.

Toen Florence Nightingale in de Krimoorlog méér soldaten zag sterven door onhygiënische omstandigheden in de lazaretten dan door frontactiviteiten, gaf haar dat een speciale visie op wat verplegen behoorde te zijn. Zij omschreef het als: 'De patiënt in een goede conditie brengen, zodat de natuur op hem kan inwerken.'

Toen Virginia Henderson en Dorothea Orem de onmondigheid van patiënten / cliënten als de grootste belemmering van hun gezondheidsgedrag observeerden, omschreven zij verpleging als: 'De ondersteuning van de zelfzorg'.

In deze tijd van snelle sociale veranderingen gaat Martha Rogers uit van een verpleegkundige theorie die zich richt op continue veranderingen in de mens.

Jaren van universitaire scholing

Uit deze ontwikkelingen groeide in Nederland het verlangen naar verplegingswetenschappelijke scholing op universitair niveau. Andere landen, met name de Verenigde Staten van Amerika en Engeland, waren ons hierin reeds geruime tijd voorgegaan.

In 1980 startte in Maastricht de universitaire opleiding 'Verplegingswetenschap'.

Voortrekkers

In de zojuist geschetste fasen komen steeds beelden van één of meer verpleegkundigen naar voren die in de vooruitgang beslissende initiatieven ontplooiden. Zij steunden echter op grote groepen verpleegkundigen uit het veld, zonder wie innoverende acties niet mogelijk waren. Deze verpleegkundigen, werkzaam in de onmiddellijke patiëntenzorg, geven onder vaak moeilijke omstandigheden, hooggekwalificeerde hulp waarop onze gehele beroepsgroep trots mag zijn. Met respect en genegenheid wil ik deze gehele groep verpleegkundigen mijn dank betuigen.

Toen ik in 1947 als leerling-verpleegkundige mijn eerste stappen zette in zaal zes van het St. Elisabeth-Ziekenhuis te Tilburg, was de toen aanwezige hoofdverpleegkundige, de Eerwaarde Zuster Hieronymo, voor mij een excellent rolmodel. Door haar gedrag heeft deze sympathieke vrouw mijn opvattingen over de verpleging gevormd. In haar wil ik alle verpleegkundige leidinggevend en opleiders met hoogachting gedenken.

Bij het ter sprake brengen van opleidingen voor managers en docenten komt de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen te Nijmegen in beeld. De oprichting daarvan kwam tot stand door initiatieven van de Eerwaarde Zusters van de Congregatie van de H. Carolus Borromeus te Maastricht. Onder de deskundige leiding van de directrice - De Eerwaarde Zuster Matthee - ontwikkelde dit instituut zich snel. Ik heb het voorrecht gehad studente van de eerste groep te mogen zijn. Zowel de directrice, alsook de initiatiefneemsters, ben ik veel dank verschuldigd.

De Hogere Opleiding voor Verpleegkundigen in Leusden, opgericht in 1960, leverde een beslissende bijdrage aan de professionalisering van ons beroep. Door de krachtige leiding van Mevrouw Verbeek en haar stimulerende contacten in werkgroepen, commissies en besturen, ontving de verpleging nieuwe impulsen.

Ook Mevrouw Van Driel Krol heeft belangrijke bijdragen geleverd aan de ontwikkeling van het beroep. Als lid (vanaf 1970) en secretaris (1975 - 1985) van de Vaste Commissie Verpleging van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (vanaf 1981: Nationale Raad voor de Volksgezondheid) stimuleerde zij verpleegkundigen tot een grotere bewustwording van hun mogelijkheden. Ook buiten deze commissie ontwikkelde zij vele waardevolle initiatieven.

Bij de verpleegkundige theorievorming staat, naast buitenlandse wetenschappers, ook een eigen Nederlandse verpleegkundige auteur. Het is Mevrouw Van den Brink-Tjebbes, wier activiteiten de aandacht trekken en waarvan ik de vorderingen met belangstelling volg.

Wanneer de universitaire opleiding 'Verplegingswetenschap' te Maastricht ter sprake komt, mag het pionierswerk van de 'Werkgroep Universitaire Opleiding Verpleegkundigen' niet onvermeld blijven. De stimulerende voorzitter, Mevrouw Von Nordheim, verdient de erkentelijkheid van verpleegkundig Nederland. Ook Mevrouw Nieland, hoofd afdeling verpleging en opleiding Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid, moet als voortrekker op haar terrein worden beschouwd.

Als laatste, maar niet als minste wil ik noemen leden van de Capaciteitsgroep Verplegingswetenschap te Maastricht. Met enthousiasme en pioniersgeest legden zij de basis voor de universitaire opleiding 'Verplegingswetenschap'. Het moeilijke werk, namelijk de start, werd door hen verricht. Daarvoor verdienen zij onze erkentelijkheid.

Het is niet mogelijk de vele waardevolle bijdragen van verpleegkundigen, werkzaam op uiteenlopende gebieden, hier te memoreren; daarvoor zijn de activiteiten te talrijk. Mijn verontschuldiging aan hen die nu ongenoemd blijven, doch wier activiteiten de volle belangstelling verdienen.

De keerzijde

Eigenlijk zouden in deze bijeenkomst alleen de positieve geluiden mogen klinken.

Omstandigheden dwingen mij echter ook de minder aangename onder ogen te zien.

Velen van U weten dat de gezondheidszorg een moeilijke tijd doormaakt. Welke klachten overheersen?

Als de meest geuite bezwaren worden genoemd de de-personalisatie en de-humanisatie van patiënten en van gezondheidszorgwerkers.

De-personalisatie betekent de twee-deling van de mens in een lichamelijke en een psychologische component. De-humanisatie is het verlies, of verloren doen gaan, van het menselijke aspect of respect. Letterlijk vertaald: van ontmenselijking en het degraderen tot ding.

In mijn onderzoek in 41 Nederlandse ziekenhuizen stootte ik herhaaldelijk op uitspraken van hoofdverpleegkundigen, gediplomeerden en leerlingen, die wijzen op deze problemen. Bijvoorbeeld:

'Er wordt gekeken op allerlei formulieren, maar niet naar de patiënt.'

'De bedden moeten vol en daarvan zijn de patiënten de dupe.'

Door onvrede over de kwaliteit van zorg gingen verpleegkundigen naar wegen zoeken om de hulpverlening beter af te stemmen op de noden van patiënten. Zo veranderden zij taakgerichte verpleging in teamverpleging, themo-verpleging, geïntegreerde verpleging en primary nursing care. Er ontstonden nieuwe begrippen, methoden en gebruiken zoals: het verpleegkundig proces, de verpleegkundige anamnese, de verpleegkundige diagnose, het verpleegkundig dossier en de verpleegkundige research.

Hoe vorderen deze activiteiten?

Is de vooruitgang evenredig met de inzet?

Naar mijn oordeel niet.

Bij het evalueren van de resultaten blijkt dat in de eerste-lijnsgezondheidszorg patiënt-gericht verplegen met meer succes wordt ingevoerd dan binnen de intramurale zorgverlening.

De oorzaak ligt in de structurele barrières binnen de ziekenhuizen. Verpleegkundige vernieuwingen komen voornamelijk tot stand als protest tegen het ziekenhuissysteem. Onwrikbaar blijft het ziekenhuissysteem zich echter handhaven, waardoor initiatieven zich niet kunnen ontplooien. De kennis omtrent de

verpleging is terecht tot een academisch niveau geëvolueerd, maar de gezondheidszorgstructuren blijven achter.

De verpleging is te vergelijken met een middeleeuwse, ommuurde stad die uit haar voegen barst. De kennis bruist, maar de infrastructuur staat in de weg.

Professionele verpleging is in de huidige intramurale gezondheidszorg haast niet mogelijk. Tenzij structuren¹ en systemen² zich wijzigen en zich aanpassen aan een patiënt-gerichte hulpverlening.

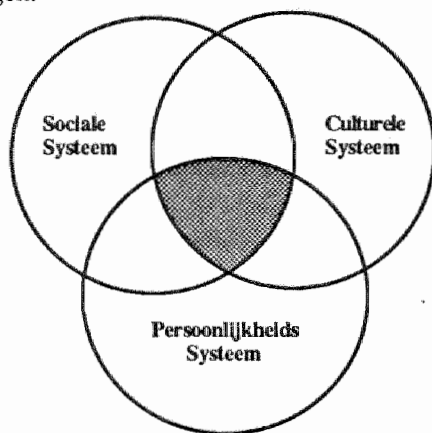
Het eerste gedeelte van mijn stelling omtrent de evolutie van kennis wil ik hiermee afsluiten. Thans ga ik over naar het tweede gedeelte, dat handelt over structurele belemmeringen.

Gezondheidszorgstructuren

Door het inzicht dat structuren en systemen een verbetering van de zorgkwaliteit verhinderen, ontstaat de vraag:

"Welke zijn die machtige structuren en systemen?"

Hoewel persoonlijke machtsuitoefening en machtsmisbruik in de problemen van de gezondheidszorg een rol spelen, geloof ik niet dat daar de *belangrijkste* moeilijkheden liggen.



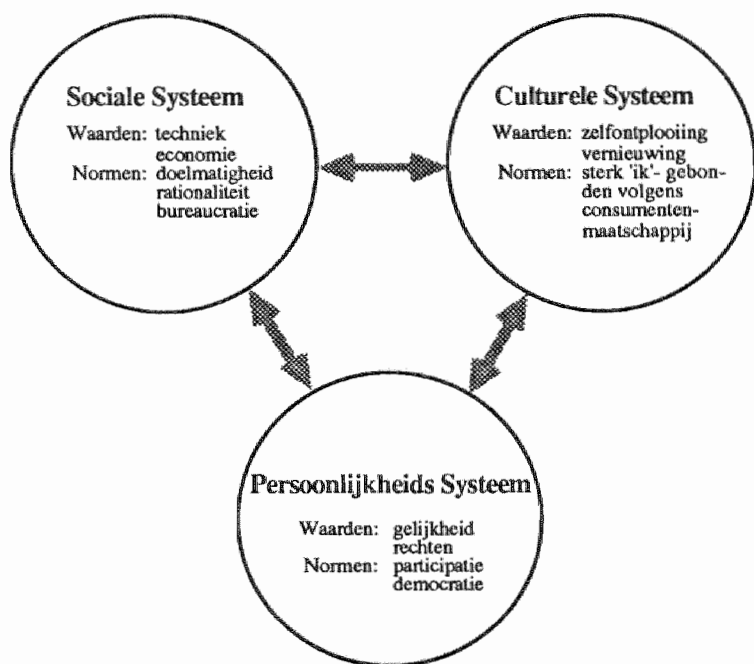
Figuur 1. Drie systemen met een zekere mate van consensus in normen en waarden.

1 Onder structuur versta ik: de wijze waarop een samengesteld geheel als zodanig is opgebouwd.

2 Onder systeem versta ik: een stelsel van werkwijzen en handelen.

In mijn visie liggen de machteloosheidsproblemen binnen de gezondheidszorg op een meer elementair - en moeilijker oplosbaar - niveau. Bij de analyse daarvan maak ik gebruik van de studies van Parsons die de samenleving in drie gebieden verdeelt: het Sociale Systeem (SS), het Culturele Systeem (CS) en het Persoonlijkheids Systeem (PS). Als deze gebieden op elkaar betrokken raken, is er sprake van een overlapping. Daarbinnen kunnen personen zich gedragen in overeenstemming met de waarden en normen van de drie verschillende gebieden.

Is er nauwelijks of totaal geen overeenstemming tussen de normen en waarden van de drie systemen, dan zullen actores zich in elk systeem opnieuw aan andere normen en waarden moeten aanpassen. Dat is moeilijk, zo niet onmogelijk. Er ontstaan conflicten die soms onoplosbaar zijn.



Figuur 2. Desintegratie van het Sociale Systeem (SS), Culturele Systeem (CS) en Persoonlijkheids Systeem (PS).

- In het Sociale Systeem staan de waarden: techniek en economie centraal. De verwachtingen (normen) die uit deze waarden voortvloeien zijn: doelmatigheid, ofwel efficiëntie, rationaliteit en bureaucratie.

- In het Culturele Systeem staan de waarden zelfontplooiing en vernieuwing centraal. De verwachtingen (normen) die uit deze waarden voortvloeien zijn sterk 'ik'-gebonden en komen overeen met gedragingen die in de consumentenmaatschappij een vertrouwd beeld zijn.
- In het Persoonlijke Systeem treft men motieven, affecties en ideeën aan die het beste kunnen worden omschreven met: gelijkheid en rechten. Zowel patiënten alsook werkers baseren zich op dit vertrekpunt. De verwachtingen (normen) die hiermee samengaan kan men het beste typeren met de termen 'participatie' en 'democratie'.

In de gezondheidszorg staan deze leefgebieden, elk met een eigen waardepatroon, normen en sancties als tegenstanders tegenover elkaar. Voldoen aan één verwachtingspatroon, betekent een conflict met een ander leefgebied. Door een voortdurend proces van subtiel onderhandelen kan een tijdelijke overeenkomst tot stand komen. Spoedig blijkt dat de vermeende overeenstemming een nieuwe basis vormt voor een ander conflict, dat door weer andere strategieën moet worden bedwongen.

Bovendien blijken verschillende normen van de systemen *op zich* onverenigbaar met die van hen die een kwalitatief hoog verplegingsniveau willen handhaven. Het is niet zozeer de persoonlijke macht, maar de persoonlijke *onmacht* die opvalt in de intramurale gezondheidszorg.

Mijn tweede stelling is dan ook:

'De gezondheidszorgwerkers hebben niet de macht in handen, maar de macht heeft de gezondheidszorgwerkers in handen.'

Deze stelling zal ik verdedigen naar aanleiding van visies van wetenschappers.

Het Sociale Systeem

Michel Foucault beweert dat wij even weinig van macht weten als de middeleeuwen van de bloedsomloop. Andere wetenschappers bestrijden dit standpunt en wijzen op grote denkers die zich bezighouden of -hielden met het hart van de macht onder anderen Durkheim, Weber en De Tocqueville.

Onder macht versta ik: de mogelijkheid bepaalde doeleinden te realiseren, zelfs tegen de weerstand van anderen in.

Zoals ik reeds eerder opmerkte, kunnen normen (verwachtingen) en waarden van verschillende systemen een dermate grote invloed uitoefenen, dat resultaten ontstaan tegen de bedoelingen van hen die een kwalitatief hoog verplegingsniveau willen bereiken.

Hoe domineren de normen van het sociale systeem in de gezondheidszorg?

Doelmatigheid

Durkheim ontwikkelde over de norm 'doelmatigheid' belangrijke visies. Hij wijst op de arbeidsverdeling die de doelmatigheid, ofwel de efficiëntie bevordert. Deze arbeidsverdeling is de *structuur* en het *systeem* van de samenleving en dus ook van de gezondheidszorg.

Voor de verpleging heeft dit een aantal gevolgen.

- Arbeidsverdeling kan aanleiding geven tot handelingen die medewerkers niet zouden verrichten, als zij die in de samenhang van het geheel zouden kunnen plaatsen. Behandelingsvoorschriften (bijvoorbeeld reanimatieopdrachten) die de belevingswereld van zieken negeren, passen in deze categorie. De ernstige meningsverschillen die soms ontstaan tussen patiënten en verpleegkundigen enerzijds en behandelaars anderzijds, zijn in wezen niet zozeer machtsconflicten tussen groepen, maar pogingen om aan de ongewenste gevolgen van de arbeidsverdeling te ontkomen.
- Door de arbeidsverdeling kunnen functionarissen middelen tot doelen verheffen. Dit ritualistisch gedrag vindt men op talloze plaatsen in instituten. Bijvoorbeeld daar, waar netheid en orde gaan ten koste van het leefklimaat of waar een zorgvuldig opgeborgen documentatiesysteem de toegankelijkheid naar informatie verhindert.
- Arbeidsverdeling kan aanleiding geven tot psychische distantie en motivatieverlies. Dit kan voor verpleegkundigen een nooit aflatende strijd opleveren met de zogenaamde 'ondersteunende' diensten zoals: röntgen, laboratoria, technische diensten, keuken etc.
- Arbeidsverdeling leidt tot differentiatie, specialisatie en subspecialisaties, waarvan elk onderdeel zijn eigen cultuur, normen en waarden kent. Deze kunnen soms dusdanig van elkaar verschillen dat zowel hulpgevers alsook hulpvragers elkaar niet meer begrijpen. Zelfs werkers onderling worden vreemden voor elkaar. Zo ontstaan soevereine staatjes en verkokeringen. Deze segmenten fungeren vaak als rigide machtsblokken die de hulpverlening desintegreren.

Rationaliteit en bureaucratie

Weber werd gefascineerd door een ander machtsaspect binnen organisaties: de rationaliteit. Die ontleent haar kracht vooral aan verstandelijke redeneringen. Rationaliteit streeft naar een zo gunstig mogelijke organisatie van de productie, met het doel de prestatie te verhogen. Deze rationaliteit leeft zich uit in bureaucratische voorschriften.

De rationeel functionerende bureaucraat wordt steeds berekenender op één klein onderdeel van de machinerie. Hij diept dit uit, maar verliest daarmee het zicht op het geheel. Dit gedrag staat haaks op datgene wat de verpleging beoogt: een *holistische* benadering. Recente literatuur noemt deze gespecialiseerde bureaucraaten 'robopathen'; het zijn op machines gelijkende personen. De levend geworden normen van het sociale systeem: efficiënt, rationeel, automatisch, voorspelbaar, conformistisch, niet-emotioneel, berekenend en rigide. Zij scheppen een lokettenmaatschappij.

Het uitdiepen van één beperkt onderdeel van de machinerie betekent een toename van functionele rationaliteit. Het verlies van zicht op de samenhang van de verschijnselen betekent een afname van substantiële rationaliteit. Deze begrippen zijn afkomstig van Mannheim, doch komen sterk overeen met wat Weber noemde: 'Zweckrationalität' en 'Wertrationalität'.

Onder functionele rationaliteit wordt verstaan: het vermogen passende doeleinden te formuleren en middelen te kiezen, die op doeltreffendheid en doelmatigheid kunnen worden beoordeeld.

Door substantiële rationaliteit kan men de samenhang tussen de verschijnselen ontdekken, zodat een zinvolle werkelijkheid ontstaat en de waargenomen wereld een te begrijpen geheel vormt.

De gezondheidszorg verliest haar substantiële rationaliteit. Zij lijdt aan dezelfde verschijnselen als die welke Kafka beschreef en waarvan de centrale boodschap luidt: 'Een indringende en inhumane macht is overal werkzaam'.

De functionele rationaliteit in de gezondheidszorg neemt in versneld tempo toe; zie de mogelijkheid van genenmanipulatie, van transplantatie en reanimatie. In afstandelijke bewoordingen discussiëren wetenschappers en zij vragen zich af: 'Mag wat kan?'

Leken zijn beducht voor deze tovenaarsleerlingen en de geesten die zij oproepen en stoppen briefjes in hun zakagenda's en autopapieren met teksten als: '... in geval van nood wil ik niet ...' Het zijn de bezweringsformules van moderne mensen tegen de functioneel-rationele machten van de gezondheidszorg.

De WHO (World Health Organization) formuleert het wat afstandelijker en propageert: 'Add life to years'.

In ieder mens huist een diep verlangen om te kunnen geloven dat de wereld een ordening heeft. Hij zoekt naar betekenissen en ziet de beperkingen van het functioneel rationele denken. Hij wijst naar de makers van de atoombom als de prototypen van functionele rationaliteit. De schrikreactie die bij hen volgde, toonde een onderontwikkeld gevoel voor gelijktijdige substantiële rationaliteit.

De gezondheidszorg kent haar eigen (aatom)geleerden en haar eigen diepe verwijfeling bij patiënten en hun directe verzorgers.

Patiënten met ernstige brandwonden bijvoorbeeld worden in omgekeerde isolatie verpleegd om gevaarlijke infecties te voorkomen.

Een hoofdverpleegkundige zei hierover:

'Deze mensen hebben vaak een hel doorstaan, voordat zij met zulke ernstige brandwonden hier binnenkomen. Door de omgekeerde isolatie komen zij vaak in een psychisch vacuüm terecht dat zij niet kunnen verdragen. Zij liggen vaak te schreeuwen van angst. Deze emoties doordringen de gehele afdelingssfeer. Ik zou er eigenlijk constant een verpleegkundige bij moeten plaatsen, maar die heb ik niet. Leer mij hoe ik deze situatie kan opvangen.'

Substantieel-rationele hulp is dringend noodzakelijk in het technisch perfecte, maar emotioneel onderkoelde gezondheidszorgklimaat. Dit vereist een rijpheid en volwassenheid van hulpverleners die moeilijk te bereiken is. Integendeel: de gemiddelde leeftijd van hulpverleners in de intramurale gezondheidszorg neemt af. Het lijkt erop dat het systeem de waardevolle volwassen hulpverlener uitstoot.

Het verschijnsel 'burn-out' onder verpleegkundigen neemt schrikbarende vormen aan. Dat beïnvloedt niet alleen henzelf, maar ook de patiëntenzorg, want één van de eerste voorwaarden voor een humane patiëntenzorg is: een positief zelfbeeld van de verzorgers.

Vervlechting

Wij staan voor een gezondheidszorgsysteem waarin alles met alles samenhangt, doch waarnaar in de praktijk niet wordt gehandeld. Als één tandwiel uit het raderwerk ontbreekt, stagneert de machine. Als de afstemming van de tweede naar de eerste lijn niet zorgvuldig en op tijd geschiedt, dan komt de zieke dikwijls in een vacuüm terecht. Als het laboratorium niet werkt, of de röntgen zich buiten de spelregels plaatst, als de toevoer van instrumenten stagneert, of de administratie niet klopt, wordt het werk ontwricht. Deze afhankelijkheid van anonieme anderen, van technologische processen, van onvoorziene economische omstandigheden en van ondoorzichtige besluitvorming, tast de beheersbaarheid van het eigen werk en van de werkomstandigheden aan.

De wereld van de werker is niet meer van hemzelf, maar van een abstracte gemeenschap, zonder gezicht, gevoel en redelijkheid. Dit is de diepe betekenis van wat Hannah Arendt noemt 'Het gedepersonaliseerde gezicht van de macht' en 'de regels van niemand.'

De werker voelt zich ondergeschikt aan een abstract systeem. Een slaaf zonder meester; abstractere machteloosheid is haast niet denkbaar.

Wat de organisatie te bieden heeft sluit niet aan op de verwachtingen van patiënten en verpleegkundigen. Er is sprake van een vorm van organisationele anomie (dat wil zeggen de organisatie komt niet tegemoet aan de redelijke verwachtingen van het publiek).

Deze is waarschijnlijk ernstiger dan een persoonlijke anomie (dat wil zeggen het individu komt niet tegemoet aan redelijke verwachtingen van anderen). Wanneer namelijk een totalitaire leider de machtspotentiaat is, kan deze worden verwijderd. Doch wanneer de bron van normloosheid en onmacht een manier van werken en leven is, is oppositie een minder doeltreffend antwoord.

Persoonlijkheids Systeem

Participatie en democratie

Waar in het Sociale Systeem de normen 'doelmatigheid', 'rationaliteit' en 'bureaucratie' heersen, staan in het Persoonlijkheids Systeem de normen 'participatie' en 'democratie' centraal. Het zijn ongemakkelijke partners.

Een aantal besluitvormingsroutes raakt geblokkeerd door inspraak en medezeggenschap. Er groeit een collaterale gezagscirculatie, alleen voor insiders begrijpelijk. Deze informele organisatie, door Goffman genoemd 'de onderkant van de organisatie' rouleert als een zwart circuit rondom de officiële kanalen.

De combinatie tegen wil en dank van in de kern onverenigbare machten in onze gezondheidszorg, bevordert de sfeer van diepgaande vervreemding en angst. Om bepaalde doelstellingen te kunnen realiseren, worden werkers gemanipuleerd in 'schijn-democratie'. Om 'het systeem' draaiende te houden ontstaat voorgeprogrammeerde participatie.

Ingewijden weten dat niet *meér in*, maar *buiten* de vergaderingen de belangrijkste besluiten vallen. In deze schijnwereld van maskers en geheime agenda's worden de meest kwetsbare groepen de dupe.

Een ziekenhuisdirecteur zei:

'Het meest navrante probleem hier is angst. Patiënten en personeel zijn bezeten van angst.'

Hiermee wordt niet bedoeld 'bang zijn voor', maar existentiële angst, ontstaan door een indringend en niet te omschrijven gevoel van kwetsbaarheid en *onmacht*, waarvan men de bron niet kent.

Culturele Systeem

Consumentenmaatschappij

De normen van het Culturele Systeem zijn 'ik'-gebonden zoals die van de consumentenmaatschappij. Welke gevolgen heeft dit voor de overige systemen?

Ogenschijnlijk lijkt het Culturele Systeem milieuvriendelijk voor het Persoonlijkheids Systeem. Immers de 'ik'-mentaliteit eist participatie en inspraak. Bij nader inzien blijkt deze harmonie echter slechts schijn. De 'ik'-macht van *ego* vormt de begrenzing van de 'ik'-macht van *alter*. Het is dezelfde problematiek waarover Hobbes spreekt en die hij noemt 'een strijd van allen tegen allen'.

Wat betekenen de normen van het Culturele Systeem voor het functioneren van de gezondheidszorg?

De beantwoording van deze vraag is complex. Ik volsta met het behandelen van één facet. Dit is: het overdragen van de macht aan een collectief apparaat; een soortgelijke oplossing als die Hobbes bedacht.

Binnen de 'ik'-cultuur van de consumentenmaatschappij heerst de (soms onbewuste) overtuiging dat het individu zelf niet bij machte is op eigen kracht de weldaden van de vooruitgang tot zich te nemen. Daarvoor zijn collectieve acties nodig die individuen en groepen aan de Staat delegeren. Op deze wijze dringt de Staat als 'Koloniale Heren' (Habermas) de leefwereld van de burger binnen en regelt via macht en geld, zaken die de privéwereld van het individu aantasten. Dit heeft twee belangrijke gevolgen.

Allereerst: de dominantie van de Staat veroorzaakt een atrofie van instituties die noodzakelijk zijn voor de harmonische uitgroei van het individu. Onder institutie versta ik: een vast, collectief bepaald patroon van gedragingen en gewoonten op grond waarvan men handelt omdat het 'zo hoort'. Vooral het gezin wordt door machtsprocessen van de Staat in het zelfvertrouwen ondermijnd. Hierdoor gaat het allerlei zaken afschuiven naar instanties die met kostbare middelen de zorg overnemen. Niet alleen wordt de gezondheidszorg hierdoor kunstmatiger en duurder, maar ook onpersoonlijker. Dit komt omdat mensen geen persoonlijke verantwoordelijkheid meer durven dragen. Hoe dit te verklaren?

Menselijke wezens kunnen niet overleven zonder instituties. Door de verzwakking van het gezin ontstaan kwetsbare mensen die geen risico durven nemen. Iedereen speelt op veilig. Het is een kenmerk van personen in een maatschappij die aan levenskracht afneemt. Deze houding vinden wij terug in de gezondheidszorg waar patiënten niet zelden klagen dat het bijzonder moeilijk is direct verantwoordelijke personen te achterhalen. Iedereen verschuilt zich achter een ander. Het 'verborgen gezicht van de macht' heeft niet alleen haar wortels in bureaucra-

tische en rationele structuren, maar ook in gevoelens van onzekerheid die door collectieve acties moeten worden gedekt.

Het tweede en niet het geringste probleem van de staatsbemoeienis in de gezondheidszorg vloeit voort uit het zojuist besproken kunstmatige karakter en stijgende kosten. Het is de consument die de 'Koloniale Heren' voortbracht. Zij op hun beurt bepaalden vervolgens mede de vorm van de gezondheidszorg. Het snoeien van de Staat in de gezondheidszorg alsof deze keten niet bestaat en het aanwijzen van de professionals als de schuldigen van het huidige systeem, geven onvoldoende belichting van de wezenlijke achtergronden van de huidige gezondheidszorgproblematiek.

De gezondheidszorg is de graadmeter van de civilisatie van de bevolking.

De plaats waar de pijn van de moderne ontwikkelingen zich het meest openbaart ligt niet primair op het terrein van de technologie (SS). Onze civilisatie teert eerder in op cultuur en persoonlijkheid dan op arbeid. Dit ziet men duidelijk in de gezondheidszorg. Wanneer door bezuinigingsmaatregelen cultuur en persoonlijkheid nog méér atrofiëren, komen moeilijk te hanteren weerstanden naar boven, vooral bij patiënten en verpleegkundigen.

Het is niet de techniek, die de gezondheidszorg ondermijnt, maar de machteloosheid van de verpleegkundigen om de balans te bewaren tussen de drie genoemde systemen.

Remedie

In het voorafgaande schilderde ik U een beeld waarin de kennis omtrent de verpleging terecht tot een academisch niveau evolueerde, maar waarbij structuren zich niet aanpasten. Deze structuren vormen een macht die de gezondheidszorgwerkers omklemt en waarin een mentaliteit ontstaat van 'sauve qui peut'.

Hoewel ik persoonlijke machtsmisbruik buiten dit beeld heb gehouden, wil ik hier beklemtonen dat structuren en systemen niet uit het luchtledige ontstaan. Er zijn personen nodig die regels, voorschriften en gewoonten sanctioneren, verder uitdiepen of afzwakken. In dit verband komt onherroepelijk de persoonlijke macht ter sprake. Bij het voorstellen van enkele maatregelen om problemen op te lossen, begin ik dan ook verpleegkundigen te wijzen op hun getalsmatige macht. Wat doet U hiermee? Wordt het geen tijd om klachten over machteloosheid om te zetten in een meer constructieve houding? Verpleegkundige inzichten en besluitvormingen zijn noodzakelijk in eigen werkomgeving en op politiek terrein, zowel gemeentelijk, provinciaal als landelijk.

In toenemende mate worden verpleegkundigen uit leidinggevende posities in intra- en extramurale gezondheidszorg geweerd. De diepe betekenis die daarachter ligt, reikt verder dan incidentele intenties doen vermoeden. Het doel dat een organisatie nastreeft, is te herkennen aan de disciplines die in de top zijn vertegenwoordigd. Naast de medicus en de verpleegkundige kwam een vijftigtal jaren geleden - niet ten onrechte - ook de econoom in het directieteam van het ziekenhuis. De steeds verder oprukkende macht van economen in de top, bij een gelijktijdig verdwijnen van verpleegkundig directieuren, reflecteert de denkwijze van de organisatie. Ik sprak reeds over organisationele anomie, dat wil zeggen de organisatie komt niet tegemoet aan redelijke verwachtingen van het publiek. De lege verpleegkundige directiestoel heeft naast praktische gevolgen voor de verpleging ook een boodschap voor het publiek.

Dat ziekenhuizen worden omgedoopt tot 'medisch centrum' is een zeldzame openhartigheid van professionals. Het stemt tot nadenken. Het zorgsysteem en het medisch systeem verstrengelden zich, waarbij uiteindelijk het medisch systeem zich gaat affichereren. Thans wordt het tijd dat ook het verpleegkundig systeem zich duidelijker manifesteert.

Bij het scheppen van omstandigheden om de verpleegkundige identiteit in de patiëntenzorg te kunnen handhaven, is het noodzakelijk goed in gedachten te houden dat de machteloosheid in de gezondheidszorg mede structurele oorzaken heeft. Daarom zal het wisselen van de elite *op zich* weinig soelaas bieden. Bepaalde structuren zijn destructief, ongeacht wie ze bezetten: een patiëntenraad, medici, verpleegkundigen, ziektekostenverzekeraars, de overheid of aandeelhouders.

ders. Om deze structuren meer mensvriendelijk te maken lijkt mij een ver doorgevoerde decentralisatie noodzakelijk.

Hoe kunnen wij vervolgens de macht méér bij patiënten plaatsen? Hoe dien ik 'verpleging' thans te omschrijven? Wat is thans de grootste bedreiging van de patiënten in het gezondheidszorgcircuit? Sterven onze patiënten, zoals Florence Nightingale in de Krimoorlog ervoer, door onhygiënische omstandigheden? Ik geloof dat de grootste kwaal van de hulpvrager is: machteloosheid en vervreemding, maar ook eenzaamheid. Daarom zal men de verpleging terecht omschrijven in termen van sociale ondersteuning. De ondersteuning van de zelfzorg is hiervan een belangrijk aspect. Wat betekent dit voor de concrete toekomst van de patiëntenzorg en de verpleging?

Dit betekent dat de verpleging primair meer invloed behoort te krijgen. Daarbij dient zij zich te richten op het directe leefmilieu van mensen. In dit streven heeft de verpleging een machtige bondgenoot in de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de International Council of Nurses (ICN), die de Primary Health Care (PHC) propageren.

Ons menselijk bestaan zal altijd een poging blijven om wat meer geluk te bereiken. De ontoereikendheid van onze handelingen zal ons echter altijd herinneren aan de onvolmaaktheid van ons aardse bestaan. Patiënten en verpleegkundigen kan ik geen rozentuin beloven, maar in de Primary Health Care benadering liggen mogelijkheden voor een gezonde, evenwichtige en sociale bekommernis om het lot van kwetsbaren.

Primary Health Care tracht de macht van structuren te breken door de gezondheidszorg zoveel mogelijk te richten op het directe leefmilieu van mensen. Het is een gezondheidszorg die de vervreemding zoveel mogelijk tegengaat door een actieve deelname van patiënten / cliënten te bevorderen en door de geboden zorg acceptabel te maken voor de zorgontvanger. Primary Health Care wil algemeen toegankelijk zijn voor hen die advies of hulp verwachten. Het streeft naar een zorg die betaalbaar is. Primary Health Care wil uit de ivoren toren van wetenschappelijke afstandelijkheid en eigen probleemdefinitie. Verpleegkundigen kunnen binnen dit model hun werkelijke patiënt-gerichte professionele ontwikkeling realiseren.

Mijnheer de Rector, dames en heren, beste vrienden,
Het is een voorrecht de eerste Nederlandse leerstoel Verplegingswetenschap te mogen bezetten. Daarom dank ik allen die mijn benoeming mogelijk maakten. In het bijzonder wil ik noemen:

Hooggeachte Tans,

Als eminence grise van de Rijksuniversiteit Limburg bewijst U meerdere malen hoe informele machten een jong instituut kunnen steunen. Ik dank U voor deze hulp.

Hooggeleerde Philipsen,

Dat machtsprocessen ook positief kunnen werken heb jij herhaaldelijk bewezen. Helaas hebben niet allen jouw natuurtalent om professionele en bureaucratische machten positief te gebruiken of te omzeilen, zodat ik nog veel van jou zou kunnen leren. Mijn dank voor deze hulp.

Hooggeleerde Vorst,

Volgens de radar van machtsdetectoren ben jij dubbel verdacht, namelijk als geneeskundige en als hoogleraar. Insiders weten echter hoe jij jouw invloed aanwendt om de verpleging te ondersteunen. Mede namens de Nederlandse verpleging dank ik je voor deze hulp.

Dames en heren studenten,

De grote motivatie waarmee velen onder U de richting Verplegingswetenschap kiezen, is voor mij een stimulans om in het kader van de beperkte, mij toegevoegde, arbeidstijd, mijn beste krachten aan jullie te blijven geven. In onze contacten vond ik steeds inspiratie om gevestigde meningen in een nieuw licht te plaatsen, zodat het onduidelijk is wie van ons leermeester en wie leerling is. Dit is een vorm van democratische macht waarvoor ik steeds zal blijven openstaan.

Beste familie,

Als ik lees over de afnemende invloed van sociale netwerken, geeft mij dat geen persoonlijke schok van herkenning. Onze familiebanden zijn sterk. Ik dank jullie voor de hulp en het medeleven in de afgelopen jaren. Met hoogachting wil ik mijn overleden ouders gedenken die mijn leven zo positief beïnvloedden.

Beste Gerard, Gert-Jan, Marie-Claire. Annemaaïke en Hindelien,

Door jullie heb ik ervaren hoe de macht van de liefde iemand tot steun kan zijn. Speciaal mijn echtgenoot wil ik danken voor de macht van zijn humor, waardoor hij mij leerde situaties te relativeren.

Zeer geachte aanwezigen,

Was het niet Oscar Wilde die zei dat iedereen die niet kan leren, onderwijs gaat geven? Is er geen onderzoek gedaan waaruit blijkt dat het IQ van Nederlandse professoren erg tegenvalt? Stof genoeg om de macht van wetenschappers te relativeren.

Het is goed dat er op universiteiten feestelijke momenten zijn waarop badinerend over zwaarwichtige onderwerpen kan worden gesproken. Daarom stel ik voor om ons thans naar het trefcentrum te begeven om naar echt Limburgs gebruik het glas te gaan heffen. Ik heb gezegd.